

نام و نام خانوادگی : تاریخ بازدید..... ساعت بازدید.....
آدرس..... تلفن..... ساعت حضور.....

بلی خیر

- ۱- آیا در محل کار اتوکلاو وجود دارد واز آن استفاده میشود؟
 - ۲- آیا متصدی محل از روپوش تمیز استفاده میکند؟
 - ۳- آیا توربین کافی به نسبت بیماران روزانه در محل وجود دارد؟
 - ۴- آیا متصدی محل دارای کارت واکسیناسیون هیپاتیت B میباشد؟
 - ۵- آیا قالبهای پروتزی قبل از گچ ریزی بدرستی ضد عفونی می شوند؟
 - ۶- آیا سطل زباله بهداشتی دربار و کیسه زباله در محل وجود دارد؟
 - ۷- آیا وضعیت بهداشتی کف ، کراشوار ، یونیت و محل مناسب است؟
 - ۸- آیا متصدی محل در هنگام معاینه بیماران از ماسک و دستکش استفاده می کند؟
 - ۹- آیا وسایل یکبار مصرف بقدر کافی در محل وجود دارد ؟
 - ۱۰- آیا برای تمام بیماران پرونده و سابقه مراجعات تشکیل میشود؟
 - ۱۱- آیا ستهای ترمیم و کشیدن با توجه به تعداد بیماران در محل وجود دارد؟
 - ۱۲- آیا وسایل تیز و برنده (آلوده خطرناک) بطور صحیح جمع آوری میشود؟
 - ۱۳- آیا سینکهای شستشو و سرویس بهداشتی و محلولهای ضدعفونی مناسب وجود دارد؟
 - ۱۴- آیا محل کار دارای تهویه و تجهیزات حرارتی و برودتی مناسب می باشد؟

□ □

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | ۱- آیا پروانه در محل نصب شده است؟ |
| ☐ | ☐ | ۲- آیا تعرفه های ابلاغی در محل نصب شده است؟ |
| ☐ | ☐ | ۳- آیا مساحت و فضای فیزیکی محل مناسب است؟ |
| ☐ | ☐ | ۴- آیا وسایل اطفاء حریق در محل وجود دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۵- آیا تابلوها، سربرگها و مهر با آیین نامه ها مطابقت دارد؟ |
| ☐ | ☐ | ۶- آیا مواردی از دخالت غیر مجاز یا وسایل غیر مجاز یا افراد غیر مجاز در محل وجود دارد؟ |

۱- به نامبرده در خصوص اصلاح موارد فوق الذکر به مدت..... روز مهلت داده میشود تا پس از اصلاح موارد کتباً به اداره درمان اعلام نماید O

۲- با توجه به سوابق قبلی مراتب جهت رسیدگی به مراجع ذیصلاح قضایی منعکس گردد O

۳- با توجه به سوابق و تکرار تخلفات محل، لاک و مهر و تعطیل گردد. O ۴- صورتجلسه لاک و مهر ضمیمه می باشد O

کارشناس نظارت بر درمان